Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. t. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 17 stycznia 1880. **Nr. 3.** Rok XIX.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

IV. Suchoty i gruźlica.

Opracował Dr. St. Ponikło,
Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Z wywiadów kilku chorych stanowiących przedmiot naszego sprawozdania dowiadujemy się, że cierpienie obecne tychże poprzedzał stan, który bardzo odpowiada zwykłemu, dławcowemu zapaleniu płuc. Nie mamy wprawdzie w naszych historyjach chorób żadnego przypadku odnośnego stwierdzonego sekcyją, lecz zdaje mi się, że następujący przypadek zaliczyć należy w każdym razie do owych spornych przypadków, w których przebieg kliniczny każe uważać przejście zapalenia dławcowego płuc w przeistoczenie serowate za wielce prawdopodobne.

J. W., piekarz, lat 46, — do obecnéj choroby zupełnie zdrów. Podczas dźwigania ciężkich worków z mąką doznał nagle dreszczu, poczém bezpośrednio wystąpił ból kłujący w prawym boku i gorączka. Chory udał się do szpitala św. Łazarza, gdzie okazywał przypady zapalenia płuca prawego i opłucnéj (*pleuropneumonia dextra*) w części górnéj tegoż płuca. W szpitalu przebył 6 dni, poczém gdy stan ogólny nieco się polepszył mimo że objawy fizyczne nacieku płuca prawego nie ustąpiły, chory opuścił szpital. Po 7miu dniach jednak, doznając przez czas swego w domu pobytu kłucia w boku prawym i kaszlu udał się do kliniki lekarskiéj, gdzie w dniu 20/4 1877 przyjęty został. Badanie tu uskutecznione wykazało objawy nacieku górnego i średniego płatu płuca prawego, zupełną czczość odgłosu wypukowego w częściach odnośnych z przodu i z tyłu i szmery oddechowe oskrzelowe. Ciepłota wyżéj 38·0 C. Plwociny śluzowo-ropne, lepkie, bardzo nieznacznie powietrzem przejęte. Silny ból kłujący po stronie prawéj. Chlorki w moczu wyraźnie zmniejszone. Płuco lewe nie okazywało żadnych nieprawidłowości. Chory przebywał na klinice lekarskiéj przeszło miesiąc, przez cały ten czas objawy nacieku płuca prawego utrzymywały się ciągle, nadto wystąpiły po kilku dniach rzężenia dźwięczne grubobańkowe. Ciepłota między 38·5—39·0. Wzmagające się wychudnienie i ubytek ciężaru ciała. Chory po miesiącu wyszedł z obserwacyi klinicznéj, przedstawiając objawy nacieku szczytowego z poczynającym rozpadem.

3) Czy zachodzi jaki związek genetyczny między zwykłym nieżytem oskrzelowym a suchotami płucnemi. I na to pytanie różne dawano odpowiedzi w różnych epokach rozwoju odnośnéj nauki. Autorowie jak Virchow, Colberg, Rindfleisch, Niemeyer, kładący wielki nacisk na zapalenie nieżytowe płuc jako częstą podstawę suchót płucnych, uznali tém samém możebność przejścia przewlekłego nieżytu oskrzelowego, zwłaszcza u osobników usposobionych, „zołzowych,“ drogą wikłającego się zapalenia nieżytowego płuc w suchoty płucne. Virchow mianowicie ustanowił tak zwane „zołzowe zapalenie oskrzelo-płucne“ (*scrophulöse Bronchopneumonie)* jako podstawę suchót płucnych w znacznéj liczbie przypadków. Buhl i w téj kwestyi zajął stanowisko wprost przeciwne, twierdząc na podstawie swych poszukiwań anatomicznych, iż zwykły nieżyt oskrzelowy żadną miarą nie może ani bezpośrednio ani pośrednio doprowadzić do suchót, lecz winien być zawsze uważany za powikłanie wprawdzie częste lecz niekonieczne, swoistéj sprawy zapalnéj miąższu płucnego już poprzednio rozwiniętéj. Na potwierdzenie swego zapatrywania podnosi ze statystyki lekarskiéj i klimatologii tę okoliczność, że w miejscach wyniosłych po nad poziom morza, w których nieżyty oskrzelowe są nader częste, suchoty płucne należą do rzadkości, gdy przeciwnie w strefach ciepłych mimo względnéj rzadkości nieżytów oskrzelowych suchoty płucne są częstém cierpieniem.

Większa część chorych naszych podawała jako początek cierpienia objawy nieżytu oskrzelowego, wywołane „zaziębieniem,“ które trwając krótszy lub dłuższy czas, wzmagając się chwilowo, lub czasowo ustępując, dopiero późniéj pociągały za sobą objawy zwracające uwagę na głębsze zmiany miąższu płucnego. Nikt nie zaprzeczy, że w ogóle kaszel z plwocinami nieżytowemi z małemi tylko wyjątkami należy do pierwszych objawów spostrzegalnych w sympto-

matologii suchót płucnych. Chcieć dowodzić lub zaprzeczać na podstawie samych historyj chorób znaczenia genetycznego zwykłego nieżytu oskrzelowego dla suchót płucnych jest rzeczą nadzwyczaj trudną, gdyż każdorazowo w ślad za mniemaniem Buhla zarzucićby można, że w danym przypadku już w okresie wyłącznéj obecności objawów nieżytu znachodziły się zmiany głębsze miąższu płucnego badaniu niedostępne. Nadto chorzy odnośni szukają pomocy lekarskiéj w szpitalu dopiero w późniejszym okresie choroby. Być może, że badanie drobnowidowe plwocin znacznéj ilości chorych dotkniętych nieżytem oskrzelowym z uwzględnieniem późniejszego stanu zdrowia tychże mogłoby dać w tym kierunku jakie wyjaśnienie i podać jakieś różnice odróżniające nieżyt oskrzelowy swoisty od zwykłego nieżytu.

W ogóle opierając się bez uprzedzenia na spostrzeżeniach klinicznych musimy z wielkiém zastrzeżeniem brać zapatrywania Buhla, cenne w wielu punktach pod względem anatomicznym, lecz mniéj uwzględniające przebieg kliniczny i musimy przyznać, że trafiają się od czasu do czasu przypadki chorobowe, które wielce przemawiają za pewnym ściślejszym związkiem genetycznym tak zwykłych nieżytów oskrzelowych jak zwykłych zapaleń płuc tudzież krwotoków płucnych z suchotami płucnemi. W każdym razie wyniki odnośnych badań anatomo-patologicznych są dotąd niedostateczne, aby mogły być pewniejszą podwaliną zawiłéj nauki o suchotach płucnych i gruźlicy niż wprowadzone w umiejętność lekarską znane zasady Virchowa.

Z pomiędzy 56ciu przypadków chorobowych stanowiących przedmiot naszego sprawozdania przeważną ilość mianowicie 52 należy odnieść do suchót płucnych rozwiniętych na tle zapalenia oskrzelo-płucnego bez powikłania z gruźlicą. Aczkolwiek badanie anatomiczne zwłok pewnéj części tych przypadków wykazało tu i owdzie około ognisk serowatych lub w narządach miąższowych obecność gruzełków, to przecież nie możemy temu dać miana „gruźlicy“ w znaczeniu klinicznêm, lecz musimy uważać je tylko jako miejscowe rozsianie gruzełków, mogące budzić zajęcie jedynie ze stanowiska anatomo-patologicznego nie zaś klinicznego. Z pozostałych 6ciu przypadków dotyczy: *a*) jeden ogólnéj gruźlicy po zmianach serowatych w płucach, *b*) jeden ogólnéj gruźlicy po zserowaceniu gruczołów kreskowych, a *c*) dwa przedstawiają obraz (tak zwanéj) „pierwotnéj gruźlicy“ narządu moczopłciowego.

Z 52 przypadków suchót płucnych 47 przedstawiało przebieg przewlekły, 5 zaś przebieg ostry lub przyostry. We wszystkich tych przypadkach ostro lub przyostro przebiegających wykazały oględziny pośmiertne bardzo rozlegle, cały płat górny i średni zajmujące nacieki szarawo-różowe, galaretowate, miękkie, soczyste, zazwyczaj w małych tylko ogniskach rozpadające się, odpowiadające „naciekowi galaretowatemu Laënneca“ czyli zapaleniu złuszczającemu Buhla. W ogóle występowała sprawa chorobowa w tych przypadkach więcéj w formie rozlanego zapalenia niż odosobnionych rozsianych ognisk.

Nie możemy tu podać podziału spostrzeganych przypadków przewlekłych wedle poszczególnych odmian suchót płucnych tudzież stwierdzić na tychże mniéj lub więcéj takowe cechujące różnice w objawach klinicznych, gdyż przeważna część odnośnych chorych przybywała do kliniki w okresie późniejszym, gdzie zmiany miejscowe już się rozwinęły znaczniéj i rozległéj, gdzie zatém o genezie cierpienia, czy np. takowe rozwinęło się pierwotnie z zapalenia śródmiąższowego (*pneumonia interstitialis*) czy z zapalenia oskrzelo-płucnego (*broncho-pneumonia*) lub téż przeważnie z zapalenia około-oskrzelowego (*peribronchitis*) w części tylko na podstawie wywiadów i uwzględnienia ajtyjologii z pewném prawdopodobieństwem wnioskować było można.

Co do objawów chorobowych zaczepimy tu tylko o takie, które bądź z powodu swéj względnéj rzadkości bądź ze względu na sposób badania są godne uwagi, pomijając rozbiór przypadków zwykłych, stale napotykanych w okresie rozwiniętego cierpienia. O przypadach zawisłych od powikłań wspomnimy na innêm miejscu, gdzie uwzględnimy pojedyńcze formy powikłań.

Co do narządu oddychania:

We wszystkich przypadkach zwracano pilną uwagę na wyniki badania drobnowidowego plwocin. W ogóle przyznać należy, że sposób ten badania w przeważnéj liczbie przypadków dawał wyniki dość cechujące dla różnych okresów cierpienia, lecz zdarzały się przypadki znacznie rozwiniętych suchót płucnych z wytworzeniem jam szczytowych, gdzie najstaranniejsze badanie w różnych porach dnia przedsiębrane nie wydało żadnego wyniku cechującego. Co do obecności włókien sprężystych, to znaleziono je czasem rychło w plwocinach chorego, u którego badanie fizyczne bardzo nieznaczne tylko zmiany szczytowe wykazywało, gdy znowu w przypadku znacznego rozpadu badaniem fizycznêm udowodnionego wynik badania pozostał ujemny. W celu ułatwienia badania, mianowicie wyszukania włókien sprężystych, posługiwano się również niekiedy sposobem Fenwicka, polegającym na zagotowaniu plwocin w 18% roczczynie ługu sodowego i badaniu drobnowidowém osadu tegoż, lecz i ten sposób mozolny i wiele czasu wymagający rzadko dawał wyniki pewniejsze. Włókna sprężyste znachodzono w plwocinach już to w postaci pojedyńczych silnie światło łamiących dwubrzeżnych włókienek tu i owdzie w polu widzenia rozrzuconych, już téż w większych pasmach i splotach, już wreszcie w postaci odlewów kilku pęcherzyków płucnych złożonych śród masy rozpadowéj drobnoziarnistéj, dobrze naśladujących zwykły obraz drobnowidowy tychże, gdzie wszystkie pierwociny inne, jak tkanka łączna, naczynia i przybłonek uległy rozpadowi drobnowidowemu, pozostawiając niejako szkielet złożony ze samych włókien sprężystych [1].

W okresach późniejszych prawie stale znachodzono w plwocinach kryształki kwasu margarynowego w postaci włóknistych wiązek. Uwzględniano również stopień stłuszczenia ciałek wypocinowych i przybłonków w plwocinach; gdy w niektórych próbkach były one dobrze utrzymane o wyraźnych konturach, o widocznêm jądrze i pierwoszczy przeświecającéj, przedstawiały w innych obraz bardzo znacznego stłuszczenia: były znacznie powiększone, o konturach zamazanych, o jądrze przysłoniętém nader licznemi drobnemi ziarneczkami złożonemi w pierwoszczy. W ogóle późniejsze okresy choroby cechowały się wyższym stopniem stłuszczenia ciałek wypocinowych. Nadto udało się znaleść w kilku przypadkach gromadki drobnych przybłonków (z głębszych

[1] Przy badaniu spiesznêm włókien sprężystych należy uwzględnić tę ostrożność, aby nie wziąć czasem silnie połyskującego, często „falistego“ brzegu komórki przybłonkowéj w znacznéj części wśród masy rozpadowéj ukrytéj za samo włókno sprężyste; co przy pobieżnêm badaniu łatwo mniéj wprawnemu zdarzyć się może.

dróg oddechowych, z pęcherzyków płucnych?) po większéj części uległych przeobrażeniu tłuszczowemu. Bardzo rzadko znachodzono pojedyńcze przybłonki migawkowe i włókna tkanki łącznéj.

Badanie fizyczne narządu oddechowego przeprowadzano w każdym przypadku we wszystkich szczegółach. Zwracano stale uwagę na zachowanie się szczytów płucnych, na ich ustawienie i poruszalność; w przypadkach jam większych starano się oznaczyć ich przybliżony kształt, posługując się sposobem podanym przez Gerhardta, polegającym na różnéj wysokości odgłosu wypukowego bębenkowego w różném położeniu chorego, co w kilku przypadkach dokładnie stwierdzić było można. Nadto uwzględniano w każdym przypadku zachowanie się odgłosu wypukowego pod samą pachą, któreto badanie w niektórych mniéj rozwiniętych przypadkach, gdzie badanie klatki piersiowéj z przodu i z tyłu bardzo niedokładne tylko wyniki wydało, bardzo pomocne było we wczesném rozpoznaniu zmian miejscowych. Badanie też anatomiczne nieraz wykazuje znaczne zgęszczenia miąższu płucnego właśnie w zewnętrznéj górnéj części płuc, obok mniéj znacznego zajęcia wierzchołka szczytów i nie rzadko jamy płucne szczytowe ku zewnątrz się wypuklają i w tém miejscu odpowiadającém właśnie szczytowi pach stosunkowo najcieńszą warstwą od klatki piersiowéj są oddzielone.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Leczenie wiewióra przewlekłego.

Napisał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Wyczerpanie przedmiotu wymagałoby dokładnego zestawienia i w chronologicznym porządku wszelkich ulepszeń, jakich na polu endoskopii względnie uretroskopii dokonano; ponieważ tego jednak nie mam na celu, przedstawię tylko to, co mi się wydaje być niezbędném. Dla poznania przyrządów w uretroskopii używanych, opiszę endoskop przez Desormeauxa wynaleziony i narzędzia dzisiaj najczęściéj używane, a przez porównanie stwierdzimy postęp pod względem technicznym, a przedewszystkiém przekonamy się o dokonanych ulepszeniach i uproszczeniach. Endoskop Desormeauxa składa się z trzech części, a mianowicie: z przyrządu oświetlającego czyli ze źródła światła, z reflektora i cewnika czyli rury endoskopijnéj. Źródłem światła jest lampa napełniona tak zwanym gazogéne t. j. mięszaniną alkoholu z terpentyną; lampę pokrywa się rurą, którą przedłużać można, a która umożliwia przeciąganie powietrza i dokładne palenie, a zarazem osłania światło. Na wysokości płomienia znajduje się poprzeczna rura, która przechodzi przez środek pierwszego cylindra i przezto dzieli się na dwie części; część po prawéj stronie ułożona zawiera żwierciadło wklęsłe, część po lewéj ułożona zawiera wypukłą soczewkę i służy do przytwierdzenia reflektora, który znajduje się w horyzontalnie ułożonym cylindrze, a mianowicie w środku i składa się z płaskiego żwierciadła pochylonego pod kątem 45°. Część cylindra przed żwierciadłem ułożona służy do przytwierdzania właściwych cewników czyli sond endoskopijnych, a część cylindra za żwierciadłem się znajdująca ma otwór, przez który przypatrujemy się cewce oświetlonéj. Oświetlają ją promienie żwierciadła pod kątem 45° ułożonego, które gromadzi wypukła soczewka, a które powstają przez odbicie się światła lampy od żwierciadła wklęsłego. Promienie te przechodzą przez środek cewnika, wyglądającego tak jak zwykły prosty kateter, którego wypukłe i zaokrąglone zakończenie ucięto. Aby ochronić cewkę od zranień, zakończenie cewnika jest nieco zaokrąglone. Największą wadą opisanego przyrządu jest stałe połączenie cewnika z cylindrem dzierżącym reflektor, a przymocowanie wprowadzonego do cewki wziernika z reflektorem jest bolesne i przeraża już i tak zazwyczaj bojaźliwych chorych. Wiele pozostawia do życzenia oświetlenie, które bardzo często jest za słabe. Każdy pojmie, że używanie tak skomplikowanego przyrządu jest trudne; a od trudności, jakie badający ma zwalczyć, zależy niewątpliwie rozpowszechnienie, któremu również stoi na przeszkodzie wysoka cena przyrządu Desormeauxa. Uznający wartość endoskopijnego badania usiłowali usuwać braki endoskopu Desormeauxa, a zmiany wprowadzane coraz bardziéj udoskonalały ten przyrząd i ułatwiały jego użycie. Nie będę szczegółowo opisywał, kto proponował zmiany i jakie one były, bo opisując dzisiaj używane i najbardziéj rozpowszechnione przyrządy dokładnie poznamy korzystne zmiany i na czém one polegają. Bardzo doniosłą zmianą jest odłączenie źródła światła od reflektora i reflektora od sond czyli cewników, czyli rozłożenie aparatu na trzy składowe jego części. Obecnie źródłem światła bywa albo światło słoneczne gazowe, bardzo rzadko magnezyjowe, lub elektryczne, a najczęściéj lampa naftowa. Niewątpliwie najstósowniejszém byłoby światło słoneczne, które rozmaitemi sposobami skupione silnie oświetla, a co najważniejsza przedstawia w barwach, do jakich oko najbardziéj przywykło. Ponieważ jednak nie zawsze światło słoneczne mieć możemy, przeto najczęściéj używamy oświetlenia sztucznego pomimo wad takowego. Silne promienie daje światło Drumonda lub światło magnezyjowe, które w pierwszych ćwiczeniach dla badającego bardzo jest pożądane; światła te jednak są zbyt jaskrawe i również nie można ich mieć na zawołanie. Okrągły płomień gazowy daje lepsze i silniejsze światło niż zwykły płomień skrzydlaty, a używając ostatniego lepiéj skierować ku reflektorowi cienki płomień światła gazowego, aniżeli jego część płaską. Nie zawsze jednak rozporządzamy światłem gazowém, z konieczności więc używamy lamp naftowych, olejnych lub wreszcie świec. Ostatnie są najlichszém źródłem światła i nawet najbardziéj wyćwiczonemu w badaniu świeca nie wystarcza; lampy zaś naftowe i olejne z okrągłemi płomieniami są najczęstszém źródłem światła. Lampy wymienione dlatego się bardzo rozpowszechniły, że je każdéj chwili mieć możemy, a z lamp naftowych zasługuje na pierwszeństwo lampa o 12 płomieniach *(Mitrailleusenbrenner)*, które zlewając się w jeden okrągły płomień, dają bardzo silne i do badań zupełnie wystarczające światło. Do odbicia światła służą reflektory te same, któremi się w laryngoskopii posługujemy; tworzą je żwierciadła płaskie, gdy słonce jest źródłem światła, a wklęsłe przy użyciu światła sztucznego. Cewniki, któremi w uretroskopii się posługujemy, bywają bardzo różne; są to metalowe katetery proste rozmaitéj długości, pozbawione zwykłego zakończenia kateterów, wewnątrz poczernione tak samo jak rury endoskopijne Desormeauxa. Zakończenie cewnika, które wprowadzamy do cewki, a właściwie otwór jego szczelnie wypełnia koniec kauczukowego konduktora, który będąc zaokrąglony bardzo ułatwia wprowadzenie endoskopu. Tym sposobem unikamy, zranienia ścian cewki, coby nastąpić mogło nawet wtedy gdyby zakończenie cewnika najlepiéj zaokrąglone było po-

zbawione konduktora. Dla uproszczenia nazywać będę zakończenie cewnika, o którem mowa, końcem cewkowym endoskopu. Przeciwległy koniec cewnika tworzy lejek, o który żołądź prącia się opiera; lejek ten umożliwia częściowe skrócenie długości prącia, a wypełnia lejek zakończenie konduktora, które formą odpowiada lejkowi a jest połączone z końcem cewkowym. Opisanych endoskopów używa Grünfeld i nazywa je cewnikami prostemi z konduktorami. Są one dwojakiéj długości: 10 cm., lub 15 cm., a szerokość ich odpowiada skali cewników Charrièra. Zazwyczaj wystarczają dwa cewniki o powyższych długościach, a mianowicie Nr. 18 (6 mm. szerokości) dla wązkich cewek a 22 (7 $^1/_3$ mm.) dla szerokich. Endoskop opisany ulepszył Steurer przez to, że przed lejkiem umieścił płytkę okrągłą metalową, o którą żołądź prącia się opiera; łatwiéj o nią ucisnąć prącie a przez to znacznie skrócić można jego długość. A ponieważ dokładność obrazów ma się w odwrotnym stosunku do odległości, dlatego przez skrócenie długości dużo zyskujemy. Endoskopy Steurera są krótsze, bo tylko 13 $^1/_2$ cm. długości, a dowolnéj szerokości; za pomocą nich możemy zbadać całą część wiszącą prącia, opuszkową i błoniastą, a nawet część przyprątną. Do badania częsci gąbczastéj posiadamy znacznie krótsze endoskopy o 6 cm. długości, zrobione na kształt cewników Steurera, którémi nawet część opuszkową zbadać można, skracając znacznie prącie przez ucisk o metalową płytkę. Auspitz zmodyfikował nieco cewniki Steurera, a mianowicie bardziéj zaokrąglił cewkowy koniec endoskopu Steurera, który jest gruszkowatym, i przez to ułatwił wprowadzenie cewników, a wreszcie umożebnił przyleganie konduktora do ścian cewnika. Cewniki Auspitza mają jeszcze jednę dodatnią stronę, a jest nią ułatwione wyciąganie konduktorów, na które chorzy zazwyczaj oddziaływają, gdy do wyciągania większéj siły użyć potrzeba, lub gdy konduktor się zacina, co przy cewnikach Steurera często się zdarza. Auspitz nie czerni wnętrza cewników tylko wnętrze lejka, a przez to siłę wpuszczonego do cewnika światła nieco powiększa. Za pomocą cewników prostych możemy zbadać część gąbczastą, opuszkową i błoniastą cewki; badanie części przyprątnéj, wejścia do pęcherza i samego pęcherza jest niemożliwe, bo mocz wypływający przeszkadza i zmusza do wyciągnięcia cewnika. Aby ułatwić zbadanie tych części podaje Grünfeld kilka endoskopów, które pokrótce opiszemy, bo one nie mają i mieć nie mogą obszerniejszego zastósowania. Prostym oszklonym endoskopem nazywa G. cewnik, którego koniec cewkowy jest szczelnie zamknięty okrągłém szkłem. Cewnik ten różni się od prostego cewnika z konduktorem o tyle, że nie ma konduktora i że koniec cewkowy jest ukośnie ścięty. Cewnik ten służy do badania części przyprątnéj, wejścia pęcherzowego i samego pęcherza, a obrazy otrzymane są mniéj wyraźne i np. przy badaniu pęcherza bardzo ograniczone. Zakrzywiony oszklony endoskop, służący przedewszystkiém do badania pęcherza i części przyprątnéj, wygląda tak samo jak zwykły cewnik, tylko, że z jednéj strony kończy się lejkiem, jaki zawsze bywa w endoskopach, a w miejscu zakrzywienia cewnika jest wstawione szkło, przez co pewną bardzo ograniczoną część pęcherza, względnie powierzchni badanéj widzieć możemy Jeszcze mniéj użytecznym jest endoskop zakrzywiony z konduktorem, który wraz z konduktorem zupełnie jest podobnym do zakrzywionego oszklonego endoskopu, a po wyjęciu konduktora jest endoskopem prostym ukośnie ściętym, który w miejscu zakrzywiania się cewnika posiada otwór oszklony; różni się więc od endoskopu prostego oszklonego tylko osadzeniem szkła. Najbardziéj skomplikowanym jest endoskop oszklony z żwierciadłem. Kształtem przypomina on najbardziéj cewnik kobiecy, a różni się tém, że z jednéj strony ma lejek, a z drugiéj przyrząd nieco skomplikowany. Przyrząd ten składa się z metalowego lub kauczukowego cylindra 3 cm. długości, który na jednym końcu jest zaokrąglony, w środku zaś skręt śrubowy, a na drugim końcu żwierciadło ze szkła lub metalu, które jest pod kątem 45° pochylone. Za pomocą skrętów śruby łączymy opisany cylinder z rurą endoskopijną, która jest w połowie obwodu oszkloną na przestrzeni 1 $^1/_2$—2 cm. długości. Oszklenie to znajduje się przy końcu cewkowym endoskopu, a żwierciadło wkręconego cylindra dzieli oszkloną powierzchnię na dwie, mniéj więcéj równe połowy. W żwierciedle odbija się obraz błony śluzowéj badanéj części cewki, a obracając endoskop możemy cały obwód cewki obejrzeć. Ponieważ jednak błonę sluzową cewki równie dobrze obejrzeć można zwykłym prostym endoskopem, dla tego, jak sądzę, nie trzeba uciekać się do używania oszklonego z żwierciadłem endoskopu. Aby rozszerzyć pole widzenia, zaleca Auspitz endoskop złożony z dwóch ramion, a zrobiony na kształt wziernika pochwowego Ricorda. Endoskop wspomniany najłatwiéj sobie uprzytomnimy wyobrażając sobie, że zwykły prosty endoskop podzielono na dwie równe części; do lejka podzielonego również na dwie połowy są przymocowane dwa ramiona, które są połączone listewką stalową karbowaną. Listewka jest stale połączona z jedném ramieniem, a drugi jéj koniec przechodzi przez podłużny otwór drugiego ramienia; prócz tego od ramion odchodzą dwa cienkie pręciki stalowe do każdéj połowy lejka, które służą do odpychania, względnie utrzymania obu połów lejka. Uciskając ramiona przymocowane do lejka oddalamy od siebie obie połowy rury endoskopijnéj, przyczém najbardziéj oddalają się wzajemnie obie cewkowe połowy endoskopu opisanego. Tym sposobem rzeczywiście rozszerzamy dowolnie pole widzenia, a karby listewki opierając się o brzegi ramienia, przez który listewka przechodzi, utrzymują rozszerzony endoskop, ale nie uzyskujemy prawdziwego obrazu oglądanéj części cewki. Opierając się na własném doświadczeniu nie mógłbym podzielać zdania wynalazcy o użyteczności tego endoskopu, którego rozszerzanie, a szczególnie przesuwanie ramienia po karbach listewki zazwyczaj znaczny ból sprawiając przeraża chorego. Często potrzeba powiększyć przedmioty widziane w głębi endoskopu, a temu celowi najbardziéj odpowiadają wypukłe soczewki, które między okiem a lejkiem trzymamy, a które wydają się być zbyteczne dla wćwiczonych w badaniu. Obraz w głębi endoskopu uzyskany bywa zazwyczaj wydzieliną chorobową cewki lub krwią pokryty; usuwamy je przez wymaczanie za pomocą tamponików z waty. Desormeaux, połączywszy stale rurę endoskopijną z lampą, musiał w rurze zostawić podłużny otwór, przez który tampony do oczyszczenia wprowadzał, owijając watę na przyrządzie, który nazywał *Tige porte-coton.* Praktyczniejsze wydają mi się przyrządy, które Grünfeld zaleca, a jeszcze praktyczniejsze zalecane przez Steurera. Grünfelda przyrząd składa się z cienkiego drutu kilkanaście cm. długiego, którego jeden koniec jest pod kątem zgięty. Część ta drutu zakończona kółkiem służy jako rękojeść, drugi koniec drutu jest na połowę rozcięty i tworzy dwa ramiona nieco od siebie oddalone; ramiona te na samym szczycie nieco zaokrąglone są ząbkowane, aby tém silniéj mogły utrzymać zwitek waty. Aby watę przytrzymać zbli-

żamy oba ramiona druta uciskając je za pomocą kółeczka znajdującego się na drucie, które dowolnie przesuwać można po nim. Przyrząd Steurera tém się różni od opisanego, że rękojeść jest drewniana i nie zgięta, ale w przedłużeniu druta, a ramiona silniéj odstają od siebie i są bardziéj zaokrąglone. Nazwałem je praktyczniejszemi, aniżeli Grünfelda dlatego, że są z twardszego zrobione drutu, a przeto nie łatwo się załamują i dlatego, że kółko służące do ucisku ramion nie daje się z druta ściągnąć, a więc przy czyszczeniu nie gubi się, co często się dzieje przy użyciu przyrządu Grünfelda.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie dokładniejsze z niektórych ważniejszych rozpraw mianych na VIII Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Podał Dr. Rydygier.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

IV. Thiersch (z Lipska): O modyfikacyi rinoplastycznéj. Wykładem tym, jako i następnym T. zgromadzenie wielce zainteresował a zarazem ubawił*). Nosy nowe — mówił T. — jak wiadomo nie długo trwają; choćby z początku jeszcze dobrze i dostatnio wyglądały, wkrótce pozostaje tylko płat skórny poruszający się za każdym powiewem wiatru, nie sprawiający pociechy ani operatorowi ani operowanemu. Słusznie Tagliacozza rozróżnia wiek dziecięcy, męzki i schyłkowy nowego nosa. W wieku dziecięcym nos nowy nie bardzo kształtny, jest tylko bryłą mięsa, w wieku męzkim stanowi chlubę i dumę operatora i operowanego, w wieku schyłkowym nikomu nie sprawia przyjemności. Mimo to bodaj czy który chirurg jaką inną operacyją tyle się chlubi i tyle jest w niéj zamiłowany, jak w téj. Na dowód tego posłuży krótki przykład: Przed kilkudziesiąt laty — mówi T. — byłem tutaj w tém miejscu (w klinice Langenbecka), był tu wtenczas profesorem Dieffenbach, nieodżałowany mój nauczyciel; znajdowała się tu wtenczas już i ta kanapa — jeżeli się nie mylę — (śmiech ogólny). Kto Dieffenbacha poznał, ten wie, że nie było milszego i bardziéj uprzejmego nauczyciela, z wyjątkiem może naszego sz. przewodniczącego (zwraca się do Langenbecka). Nie widziałem go nigdy rozgniewanego, jak tylko raz z powodu sztucznego nosa. Kiedy przedstawiał operowanego z nosem nowym, jak twierdził nawet wybornym, wywołał młodego medyka z pierwszych semestrów klinicznych, a wdając się z nim w rozbiór przedmiotu zapytuje się, co widzi u tego operowanego. Na to wesoły berlinczyk odpowiada: zeszpecenie twarzy (śmiech ogólny). Panowie był to jedyny raz, że widziałem Diffenbacha rozgniewanego. Zdaje się, że Panów bawi moje opowiadanie, a więc, jeżeli pozwolicie, opowiem przypadek z własnéj praktyki. Oto przybył do mnie człowiek już nie młody (około 50 lat) bez nosa, prosząc, aby mu nos przyprawić. Kiedy mu zwracam uwagę na to, że nowe nosy nie bywają zbyt ładne i mógłby już teraz w swoim wieku bez niego się obejść, kiedy tak długo się obywał, on mi na to odpowiada, że to być nie może. Ma on piękny majątek, jest przewodniczącym w dozorze kościelnym, ba nawet należy do rady miasta, a kiedy pokaże się na ulicy, wszyscy ulicznicy za nim wołają: ot idzie człowiek bez nosa. Mimo wszelkich perswazyj nie udało mi się go przekonać i zrobiłem mu nos nowy, jak sądzę, ani zbyt brzydki, ani też cud piękności. Kiedy po kilku latach spotykam się z chorym na ulicy, zapytuję go się, jak zadowolony z swego nosa. On mi na to z miną wcale nie wesołą: e, teraz wołają ulicznicy: ot idzie człowiek z nosem. Panowie, taki zanik nosa z czasem nastąpić musi, bo ziarnina na spodniéj części nie mając podstawy, do któréjby przyrosła, zamienia się na bliznę, i skurcza się zwijając coraz bardziéj płat nowy. Chcąc temu zapobiedz wymyślił T. nowy sposób, który po raz pierwszy wykonał na studencie. Za pomocą rycin i na operowanym opisał nam T. swój sposób: stara on się podszyć przemiejscowiony płat czołowy płatami wziętemi z lic, tak że naskórek i do wnętrza nowo utworzonego nosa jest skierowany.

W dyskusyi przyznaje Langenbeck słuszność Thierschowi co do ostatecznego wyglądu nosów nowych, ale tylko wtenczas, jeżeli chodzi o zupełny brak nosa, a więc i kości nosowych. Bywają i w tych razach jeszcze wyjątki. Przypomina Dieffenbacha rinoplastykę u hrabiny polskiéj *„mit dem Todten-Kopf,“* jak ją publiczność berlińska nazywała przed operacyją; a po operacyi (nos zrobił jéj Dieffenbach z lewego ramienia) przecież bywała w teatrze z kwiatami we włosach, a więc musiała nie źle wyglądać. Langenbeck sam zrobił kilka nosów całych, gdzie nawet kości nosowych brakowało, a mimo to jeszcze po 18tu latach wcale nie źle wyglądały.

V. Thiersch: Przypadek rzekoméj zgorzeli starczéj. Thierscha wezwał był prof. B. Schmidt do konsultacyi. Cały drugi członek palucha wielkiego był czarny. Na granicy czarnego linija czerwono-brunatna. Choroba trwała już 4—5 tygodni. Thiersch mówi: Ponieważ nas 3 profesorów było (pacyjent był też profesor botaniki Dr. Schenk), więc wiedzieliśmy wkrótce na pewno o co chodzi. Rozpoznaliśmy zgorzel starczą i postanowiliśmy czekać, aż się odgraniczy, aby wtenczas odjąć paluch. Kiedy po kilku tygodniach zgorzel się jeszcze nie odgraniczyła, a nawet zczernienie na pierwszy członek przeszło, postanowiliśmy zdjąć powierzchowną, skurczoną skórę, żeby się przekonać, jak pod nią paluch wygląda. Zdziwiliśmy się nie mało, widząc pod nią wprawdzie paluch zaczerwieniony, ale żywy. Czarną skorupę mogliśmy nieomal jak rękawiczkę całkiem ściągnąć. Rozumie się, że ponieważ znowu było nas profesorów trzech, nie długo nad rozwiązaniem téj zagadki się męczyliśmy. Powiedzieliśmy sobie: zgorzel wyjątkowym sposobem zajęła tylko skórę, a pod strupem skóra na nowo odrosła. Pomimo że nas 3 profesorów było, nie przeszkadzało to wcale, że powtórnie grubo się omyliliśmy (śmiech wielki). Kiedy bowiem strupki czarne brałem ze sobą celem badania drobnowidowego, widziałem, może mi się tylko zdawało, niby uśmiech szyderczy na ustach kolegów, mówiący, pocóż jeszcze drobnowidowe badanie, przecież nasze tłumaczenie jest tak jasne i nie naciągnięte? Pojmiecie Panowie nasze powtórne zdziwienie, kiedy się przekonaliśmy, że nie było ani mowy o zgorzeli, a czarne zabarwienie pochodziło z grzyba zagnieżdżonego w pokładzie rogowym skóry; był to grzyb *Aspergillus niger*, który po raz pierwszy w naszym przypadku na powierzchni ciała ludzkiego się zagnieździł. Zdziwił się z nas wszystkich najbardziéj naturalnie prof. Schenk, pierwszy nasz znawca grzybów i botanik, że nie poznał grzybka, którego był nie-

*) W protokółach urzędownie co dopiero wydanych opuszczono część tę, podaję ją więc podług własnych zapisków.

jako kumotrem, kiedy go Virchow w r. 1856 w jamach płucnych wykrył.

Bardeleben zapytuje się, czy nie wykryto, zkąd botanik ten przyszedł do grzybka?

Thiersch: I owszem chory często się tą kwestyją zajmował i nareszcie podejrzenie zakażenia padło na golarza. Zanim się bowiem nasz kolega S. udał do kolegi B. Schmidta, golarz go leczył (śmiech), obcinał mu paznogieć wrośnięty. Golarz ten miał podobno bardzo brudne ręce, używał bardzo brudnego ręcznika i bardzo brudnéj gąbki.

Prof. Draschego: **O leczeniu suchót płucnych za pomocą wziewań będźwinianu sodowego.**

Sprawozdanie Dr. Wł. Sciborowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Doświadczenia robione przez Dr. na 20 chorych mężczyznach liczących od 19—54 lat, pozostających pod ścisłym nadzorem lekarskim w dwóch przyległych salach, dały następujące wypadki. (Wybierano chorych w różnych okresach choroby, którzy okazywali chęć i zręczność potrzebną do tego rodzaju leczenia.) Na 20 ch. były 4 przypadki z poczynającém się zajęciem szczytów płucnych, 12. p. choroby daléj posuniętéj, lecz z zajęciem mniéj więcéj ograniczoném, 4 p. choroby już daleko posuniętéj, z wyraźnemi jamami w płucach. 7 chorych miewało już krwotoki płucne, 9 było bez gorączki, u 11 była gorączka z ciepłotą 38,0—40,2° C. Jeden chory wdychał przez dni 50 i zużył 888 grm. będźw. sodowego, 6 chorych używało dziennie więcéj niż po 10 grm.; płyn spływający przy wziewaniu zbierano do kubków dla dalszego wziewania, w ten sposób za każdym razem czynność ta trwała przez czas dłuższy. Dwóch z chorych wziewających zapadło na zapalenie opłucny, u dziesięciu wystąpiły różne przypady nie bez znaczenia, które zmusiły do zaprzestania doświadczeń. Najczęściéj podczas wziewania chorzy doznawali duszności, braku powietrza, a nawet objawów zaduszenia, kaszel powiększony przez wdychanie nie ustawał ani we dnie, ani w nocy. Innemi częstemi objawami były: zawrót, zajęcie głowy, czkawka, nudności, wymioty, obrzmienie twarzy. Jeżeli chorzy wdychali z wyciągniętym lub przyciśniętym językiem, wtedy skarżyli się na ból w stawach szczękowych. Przy używaniu przyrządu bez rury wdechowéj nieraz powstawało na wargach, koło ust i na twarzy, swędzenie, pieczenie, a nawet drobne powierzchowne owrzodzenia, którym można było zapobiedz smarując te części gliceryną przed rozpoczęciem wdychania.

Aby orzec o skuteczności lub bezskuteczności wziewań będźwinianu sodowego w suchotach, obliczenie statystyczne, zwłaszcza z tak nie wielkiéj liczby spostrzeżeń, nie może być rozstrzygającém. Z 20 chorych, o których mowa, zmarło 6, 3 znajduje się w bardzo złym stanie, u 5 nastąpiło polepszenie, a 6 jeszcze pozostaje pod obserwacyją. Wypadek taki upoważnia nas tylko do orzeczenia, że szczególnéj skuteczności środkowi temu w leczeniu suchót płucnych przypisać nie podobna, za całkiem bezużyteczny wtedy dopiero można go będzie uznać, gdy się przekonamy, że nawet żadnéj ulgi nie przynosi. Zastanówmy się zatém nad pojedyńczemi przypadami zwykle suchotom towarzyszącemi.

Co się tyczy nieżytu, kaszlu i obfitszego odpluwania, to przypady te przy wziewaniu rozcz. będźw. sodowego stale się wzmagały; przyczyniało się do tego nietylko głębokie wdychania, ale też i działanie drażniące kwasu będźwinowego, który się przy wdychaniu wywiązywał, przy czém jednak wydzielina stając się płynniejszą łatwiéj bywała wyrzucaną. Towarzyszące tym objawom niekiedy zaduszanie powstawało mechanicznie, i najsilniejszém bywało u chorych cierpiących na rozedmę płuc. Niektórzy chorzy po wziewaniach wprawdzie przez pewien czas dłuższy lub krótszy mniéj kaszleli i odrzucali, lecz polepszenie takie zwykle bywało przemijającém, a wziewania pary wodnéj tenże sam skutek sprawiały.

Co się tyczy gorączki: z 9 chorych, którzy przed rozpoczęciem wziewań wcale nie gorączkowali, u 5 w ciągu kilkotygodniowego wziewania gorączka powstała, i ciepłota dochodziła do 39,4° C.; gdy tymczasem u 2 gorączkujących poprzednio gorączka raz bywała większą, drugi raz mniejszą, stałą lub przemijającą, z maximum ciepłoty 40,2° C. Zmiany te nie zależały ani od ilości, ani od czasu trwania wziewania, ani wreszcie od ilości procentowéj leku w płynie rozpuszczonego. Ostatecznie można powiedzieć, że u chorych używających wziewań będźw. sodowego lek ten nie wywierał żadnego wpływu na ciepłotę ciała, a zatém i na stan gorączki.

Wiadomo, że w suchotach zwykle ciężar bezwzględny ciała się zmniejsza w skutek podupadłego odżywiania; zmiana ta daje się z łatwością w liczbach wyrazić. Z 9 chorych przez 20—50 dni używających wziewań, (ważących od 40,74—54,70 kilog.) 7 utraciło od 0,56—3,22 kilogrm., 2 zaś zyskało 0,28—0,84 kgr.; liczby te nader wymownie wskazują, jak mało nowy środek przyczynia się do poprawienia odżywiania. Jeżeli inni lekarze wkrótce po rozpoczęciu wziewań uważali powiększenie się ciężaru ciała, przypisać to niezawodnie należy temu, iż w ogóle u suchotników świeżo przyjętych do szpitala zwykło się odżywianie poprawiać w skutek lepszego pożywienia.

Pomimo bezskuteczności wziewań rozcz. będźw. sodowego co do kaszlu, gorączki i odżywiania, niekiedy stan chorych zdawał się być lepszym, wyglądali lepiéj, poruszali się żwawiéj, zwykle atoli polepszenie takie bywało tylko pozorném, i rychło przemijało.

Co do miejscowych zmian w płucach, toż samo można zastósować, co do innych wyżéj opisanych przypadów. Z 10 chorych, przez czas dłuższy używających wziewań, 2 cierpiało na gruźlicę poczynającą, u 7 choroba była już daléj posuniętą a u 1 znajdowały się w płucach jamy. U dwóch pierwszych przed rozpoczęciem wziewań było tylko małe stępienie odgłosu przy opukiwaniu, z skąpemi rzężeniami w szczytach, po siedmiotygodniowém wziewaniu rzężenia stały się obfitszemi, i słychać je było na większéj przestrzeni. Najwybitniejszym był postęp choroby w płucach u tych chorych, u których już z rozpoczęciem leczenia znajdowały się zgęszczenia miąższu płucnego, naciek się posuwał, a niekiedy przysłuch wskazywał nawet tworzenie się jam, a jeżeli te już znajdowały się poprzednio, to w ciągu leczenia się zwiększały. Zatém i wypadki otrzymane za pomocą opukiwania i przysłuchu również nie przemawiają na korzyść wziewań będźw. sodowego.

Badaniom spirometrycznym wprawdzie wielkiéj wartości rozpoznawczéj przypisywać nie można, ale w połączeniu z innemi oznakami nie podobna im odmówić pewnego znaczenia. U trzech chorych gruźliczych, których stale poddawano badaniom tego rodzaju, zmniejszyła się pojemność płuc o 2,07, 1,08 i 1,08 CC. na 1 cm. długości ciała.

Z tego się okazuje, że wziewania rozcz. będźwinianu sodowego na przebieg suchót płucnych wcale korzystnego

wpływu niewywierają. Działanie przeciwgrzybkowe wykazać się nie daje, ale i tego przypuścić nie podobna, jeżeli u chorych wziewających ten środek drobnowidowe utwory, jak t. zw. *bakterie* i *micrococci*, wcale nie giną, a nadto u jednego chorego, którego krtań przed rozpoczęciem wziewań była zupełnie zdrową, w ciągu kilkotygodniowego wziewania powstało zaczerwienienie i obrzmienie więzadeł głosowych z chrypką, następnie nacieki guzkowate, a wreszcie owrzodzenie obustronne, pomimo ciągłego opłukiwania krtani rozpylonym środkiem leczniczym.

Zestawiwszy wypadki otrzymane przez Draschego z têm, co Sokołowski po doświadczeniach robionych na kilkunastu chorych w Goerbersdorfie powiada: „Użycie wewnętrzne jako też inhalacyje będźwinianu sodowego, podług dotychczasowych spostrzeżeń, przy leczeniu suchot płucnych nie tylko nie wpływają korzystnie na przebieg cierpienia, lecz przeciwnie w niektórych razach wywołują wcale nie pożądane działanie poboczne (Przegląd Lek. 1879 Nr. 47)“, nabywamy przekonania, że pochwały oddawane nowemu środkowi są przesadzone, nieusprawiedliwione, i że w skuteczność jego w chorobach płucnych wcale nadziei pokładać nie można.

Berlin: O nadwerężeniu wzroku po obrażeniach czaszki skutkiem urazu tępego.

B. miał na ostatnim zjeździe okulistów w Heidelbergu wykład, który nie tylko specyjalistów w wysokim stopniu obchodzi, ale ze względu na wielkie znaczenie sądowolekarskie wzbudzi niezawodnie żywe zajęcie szerokiego koła czytelników Przegl. Lek. Dawne tłumaczenie pewnéj części tych przypadków jako tak zwanéj ślepoty zwrotnéj *(Reflexamaurose)* skutkiem obrażenia n. troistego jest klinicznie i fizyjologicznie tak samo nieuzasadnione, jak teoryja o wstrząśnieniu n. wzrokowego. Natomiast pojawiło się w nowszym czasie przypuszczenie zgniecenia albo naciągnięcia n. wzrokowego w otworze wzrokowym *(foramen opt.)*. Przypuszczenie to, jakkolwiek nie poparte oględzinami, ma jednak tę zasługę, iż wskazało miejsce, w którém szukać należy przyczyny upośledzenia wzroku. W dość znacznéj liczbie przypadków znachodzimy oznaki złamania czaszki jako wgniecenie kości, krwotok do oczodołu, krwawienie z uszu itd., albo też uprawniają nas ciężkie przypady mózgowe do przypuszczenia takiego złamania. Z zestawienia spostrzeżeń klinicznych takich przypadków (40 obcych a 3 własne) okazuje się, że nadwerężenie wzroku bywa najczęściéj jednostronne, nagłe (tj. powstaje bezpośrednio po urazie), że bywa zupełne (najczęściej zupełna ślepota) i nieuleczne. Przypadki cierpienia jednostronnego kończące się wyleczeniem lub polepszeniem stanowią znikomą mniejszość; nieco lepiéj rokować pozwalają obustronne nadwerężenia wzroku. Uraz zadziałał najczęściéj na kość czołową, mianowicie na brzeg oczodołu, ale w znacznéj liczbie przypadków także i na inne miejsca czaszki, jako to na korzeń nosa, kość jarzmową, okolicę skroniową itd., a niezbyt rzadko nawet na potylicę. Co do stopnia siły to wbrew mniemaniu, że nawet lekkie urazy, mianowicie kości czołowéj, są dostateczne, okazuje się, że po największéj części były to postrzały, a zatém urazy bardzo gwałtowne, wywołujące łatwo złamanie kości. Z reszty przypadków w $1/3$ części ugodził czaszkę cios zadany kopytem, łopatą, przewracającém się drzewem itp. a w najlżejszych przypadkach pięścią. We wszystkich przypadkach były bezpośrednie oznaki złamania czaszki albo ciężkie objawy mózgowe, a co najmniéj przemijająca utrata przytomności, albo też niewątpliwe objawy złamania ścian oczodołu, w postaci krwotoków oczodołowych z wyparciem gałki ocznéj albo wielorakich porażeń mięśni ocznych. W pozostałych $2/3$ częściach przypadków miało miejsce upadnięcie na głowę, najczęściéj ze znacznéj wysokości, ale także uderzenie głową o twardą podstawę w chwili przewrócenia się osoby stojącéj. Obecność przypadów mózgowych zdaje się być stałą, bo odtrąciwszy 5 przypadków, w których omieszkano zrobić o nich wzmiankę, tylko w 2 podniesiono wyraźnie brak takowych. We wszystkich innych były one bardzo wybitne, jakoto: porażenie poprzeczne, utrata węchu, mowy, dłuższa lub krótsza bezprzytomność aż do najcięższych objawów wstrząśnienia mózgowego. Ale i w tych 2 przypadkach nie można wykluczyć na pewno utraty przytomności.

Bacząc więc na całość obrazu chorobowego wypowiedzieć musimy, iż to nadwerężenie wzroku powstaje tylko po gwałtownych urazach, które w wielu przypadkach niewątpliwie złamanie czaszki wywołują, podczas gdy w innych ciężkość uszkodzenia objawia się prawie bez wyjątku obecnością objawów mózgowych. Jeżeliby to upośledzenie wzroku spostrzeżono istotnie po lekkiém uszkodzeniu czaszki, uważaćby to należało za rzadki wyjątek. Uwzględniając te okoliczności, mianowicie zaś gwałtowność urazu, wyobrażał sobie B., że nadwerężenia wzroku po uszkodzeniach czaszki skutkiem urazu tępego odnosić należy w ogólności do złamania kruchego stropu oczodołu, przyczém nerw wzrokowy w jakikolwiek sposób wprost lub pośrednio obrażony zostaje. W tém zapatrywaniu utwierdziły go nader cenne spostrzeżenia sądowolekarskie Höldera, zbierane bardzo starannie od roku 1846, a dotąd wcale nie ogłoszone. Jak wiadomo znalazł Prescott-Hewett na 68 złamań podstawy czaszki w 23 przypadkach, a więc 33%, złamanie stropu oczodołu, Schwarz na 102 zaś 66, tj. 64 %, podczas gdy Hölder na 126 złamań czaszki stwierdził 88 razy złamanie jéj podstawy, a pomiędzy temi 80 razy, a więc w 90%, złamanie stropu oczodołowego. Tę uderzającą różnicę wyników otrzymanych przez tych 3 badaczów tłumaczy nierówność sposobów badania. Prescott-Hewett i Schwarz opierają się przeważnie na spostrzeżeniach obcych, Hölder zaś wyłącznie na własnych, uskutecznianych bardzo dokładnie w ten sposób, że w każdym bez wyjątku przypadku odejmował twardą błonę mózgową z całéj podstawy czaszki, a odsłonięte w ten sposób w całéj rozciągłości złamanie przerysowywał w przygotowanych na ten cel szematach. Skutkiem tego uważać należy wyniki statystyczne Höldera za rozstrzygające, a dowodzą one nadzwyczajnéj częstości złamań stropu oczodołowego, bo w 90% wszystkich przypadków złamania podstawy czaszki. Rozpatrując się w przebiegu złamań stropu oczodołowego napotkał B. jeden przypadek, w którym pęknięcie ciągnęło się przez lewy strop oczodołu, siodło tureckie i *clivus* aż do samego *foramen magnum*. Ta rozpadlina przechodziła przez górną ścianę przewodu wzrokowego *(canalis opticus)* i krzyżowała się z czaszkowém ujściem otworu. Takie złamanie ścian przewodu wzrokowego podali wprawdzie niektórzy autorowie, ale nikt ich dotąd nie opisał, a wydarzają się one podług Höldera bardzo często. W téj mierze doniósł on wykładającemu co następuje: „Na 88 wyżéj przytoczonych przypadków złamania podstawy czaszki znalazłem 55 razy, a więc w 60%, złamanie ścian przewodu wzrokowego. Z tych było 34 mniéj więcéj bezpośrednich, wywołanych przez postrzały, miano-

wicie w usta, 20 zaś udzielonych, a mianowicie 11 zrządzonych przez upadnięcie na głowę, 1 skutkiem przejechania, a 8 skutkiem postrzałów w czoło itd. Zazwyczaj ograniczała się rozpęklina do jednego przewodu wzrokowego, wyjątkowo zaś dotyczyła obu. Nerw wzrokowy znajdowałem przy strzałach bezpośrednich często przerwany, niekiedy tylko naderwany, przy uszkodzeniach pośrednich stwierdziłem kilkakrotnie, iż był bardzo wydłużony, a w porównaniu z drugim znacznie cieńszy. Raz spostrzegłem w n. wzrokowym wybroczynę prążkowaną. Prócz tego znalazłem na 54 złamań ścian przewodu wzrokowego 42 razy wybroczynę w pochwie n. wzrokowego. Wybroczyny były częścią jedno- częścią obustronne, ale nigdy nie znalazłem wybroczyny w pochwę bez złamania przewodu wzrokowego. Nie chcę przeczyć możności wylania się krwi do pochwy nerwu wzrokowego przy złamaniach czaszki bez złamania przewodu wzrokowego, ale sądzę, że się to bardzo rzadko wydarza."

Te spostrzeżenia Höldera są nadzwyczaj ważne, bo z nich dopiero możemy wyrobić sobie pojęcie o uszkodzeniach, których nerw wzrokowy doznać może w otworze, a raczéj przewodzie wzrokowym, a nieokreślone wyobrażenia o zgnieceniu albo naciągnięciu n. wzrokowego przybierają na ich podstawie dokładniejszą postać. Zważywszy, że nadwerężenia wzroku po obrażeniach czaszki urazem tępym tylko po ciężkich obrażeniach występują, które zdolne są zrządzić złamanie kości czaszkowych, a zwłaszcza cieńkiego stropu oczodołu; zważywszy statystycznie udowodnioną częstość złamań stropu oczodołowego w ogólności, z których znów 60% dotyczy ścian przewodu wzrokowego, czuje się B. uprawnionym do przypuszczenia, że w mowie będące nadwerężenia wzroku odnosić należy w ogólności do złamań kości, a zwłaszcza ścian przewodu wzrokowego. Przypuszczenie to tłumaczyłoby cały obraz kliniczny, tak objawy mózgowe jakotéż różnego rodzaju nadwerężenia wzroku i rozmaite zmiany wziernikowe. Jeżeli nastąpi złamanie ścian przewodu wzrokowego, to niezbędne, choćby tylko chwilowe, przesunięcie odłamków kości musi zrządzić koniecznie bezpośrednie uszkodzenie nerwu, to zaś tłumaczy najnaturalniéj jednostronne, nagłe, zupełne i nieuleczne nadwerężenie wzroku. Mogą je także wywołać krwotoki do pochwy nerwu wzrokowego, a wśród pewnych okoliczności mogą oboje, tj. uszkodzenie nerwu i krwotok, być przyczyną nadwerężenia wzroku. Jeżeli takowe jest obuoczne, odnosić je należy tylko wyjątkowo do złamania ścian obu przewodów wzrokowych; zazwyczaj zaś ono polega na złamaniu siodła tureckiego, które prawdopodobnie łączy się często ze złamaniem jednego przewodu wzrokowego. W przypadkach uleczonych mamy najpodobniéj do prawdy do czynienia z przemijającém działaniem krwotoku śródpochwowego lub śródczaszkowego. Do bezpośredniego uszkodzenia nerwu lub do pośredniego jego obrażenia przez wybroczynę śródpochwową odnieść także można najrozmaitsze zmiany wziernikowe, ujemny częstokroć wynik badania wziernikowego w początkach choroby, późniejszy zanik nerwu wzrokowego, z wytwarzaniem się barwika i bez niego, zboczenia w krążeniu tętniczém i żylném w siatkówce, wynaczynionki siatkówkowe, wreszcie zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego. *(Bericht über die XII Versammlung der Ophth. Gesellschaft Heidelberg 1879*, str. 9 do 19.) *Prof. Rydel.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) E. Harnack na podstawie rozbioru chemicznego soli karlsbadzkiéj naturalnéj znajdującéj się w handlu donosi, że takowa składa się wyłącznie z czystéj soli glauberskiéj, od któréj różni się jedynie 30 razy wyższą ceną. Zawiera ona w stanie suchym siarkanu sodowego 99·33%, węglanu sodowego 0·45% i soli kuchennéj 0·076%, czysta zaś sól glauberska (*natrum sulfuric. puriss.)* składa się z 99·71% siarkanu sodowego i 0·075 soli kuchennéj. Tymczasem według składu chemicznego wody karlsbadzkiéj sól karlsbadzka winna zawierać siarkanu sodowego (+ potasowego) 46·6%, węglanu sodowego 25·1%, soli kuchennnéj 18·9% Z tego wynika, że lekarze nie powinni zapisywać soli karlsbadzkiéj naturalnéj, skoro takowa jest czystą solą glauberską a kosztuje 30 razy drożéj; gdzie zaś siarkan sodowy chcemy podawać z domieszką węglanu sodowego i soli kuchennéj, to najlepiéj zapisywać: Rp. Natri sulfurici cryst. 200.0, Natri carb. cryst. 30.0, Natri chlorati 5·0 MDS. H. nie radzi również zapisywać soli karlsbadzkiéj sztucznéj *(sal therm. carolin. artific.)*, gdyż w tych razach aptekarze wydają przetwór nie powstały ze zmięszania powyższych trzech soli, lecz przez przekrystalizowanie ich rozczynu, w którym stosunkowo wiele znajduje się siarkanu sodowego a mało sody i soli kuchennéj. *(Berl. klin. Wchft.* 1880 Nr. 1).

ss) Köhnhorn poleca przeciw rozpływnym potom u suchotników posypywanie całego ciała proszkiem, już dawniéj przeciwko poceniu się nóg zalecanym. Rp. Acidi salicylici 3.00, Amyli 10.00, Talci 87.00 Mfp. Najlepiéj pudrowanie takie uskuteczniać wieczorem; gdyby skóra była chwilowo zbyt suchą, by proszek mógł do niéj przylegać, należy poprzednio natrzeć skórę sadłem lub spirytusem z taninem. Ponieważ kwas salicylowy łatwo wywołuje kaszel i krztuszenie, powinien chory podczas pudrowania zatkać sobie nos i usta chustką. (*Berl. klin. Wochft.* 1880 Nr. 1.)

Chloral przeciwko połowiczemu bólowi głowy *(hemicrania)*. Z rozczynu 3 gramów chloralu w 40 gramach wody przekroplonéj bierze się 1 łyżkę stołową lub połowę powyższéj ilości w małéj lewatywie ze szklanki wody letniéj. Po kilku sekundach spokojnego leżenia ze zamkniętemi oczami czuć smak chloralu w ustach obok uczucia otrętwienia. W pół godziny pozostaje tylko lekki ból głowy i słabe otrętwienie; w $1^1/_2$ godziny już nic nie dokucza. U niektórych osób zwłaszcza u mężczyzn ilość chloralu może dochodzić do 2 a nawet do 2·50 grm. Jeżeli po lewatywie doznaje sie lekkiego pieczenia w odbytnicy, można zapobiedz temu biorąc zamiast wody mleka letniego lub rozmącając w wodzie jedno żółtko. (*Seure. Annuaire de thérap.* 1879). *P.....i*

Plaster pryszczący z chloralu. Plaster smołowy burgundzki tak duży, aby pokrył całą część bolesną posypuje się chloralem proszkowanym w ilości 1—2 gramów na decimetr kwadratowy. Urabianie chloralu z plastrem jest zbyteczne. Przykłada się go na miejsce bolesne na 24—48 godzin, skóra przez ten czas pokrywa się pod nim małemi pęcherzykami, wypełnionemi płynem surowiczym, przeźroczystym. Pęcherzyk każdy przekłówa się końcem szpilki a całe miejsce pokrywa ceratką. Pęcherzyki goją się szybko. Ból znika najczęściéj przed zagojeniem się przekłótych pęcherzyków. Postrzał *(lumbago)*, kłócie w klatce piersiowéj (*pleurodynia*), nerwobóle międzyżebrowe ustępują po użyciu tego środka. (*Solari. Marseille médical).* *P....i.*

Pagliani. Szkodliwość uprawy ryżu. W drugim zeszycie z r. 1879 czasopisma *Giornale della società Italiana*

d'igiene mieści się sprawozdanie Dra Paglianiego o ograniczeniu uprawy ryżu na prawym brzegu rzeki Po. Na lewym brzegu téj rzeki dawno uprawiano ryż. na prawym zaś jéj brzegu dopiero przez założenie w r. 1874 dwu kanałów sprowadzających wodę uzyskano 5.000—6.000 hektarów gruntu do uprawy ryżu przydatnego. Nawodnienie jednak to gruntu pierwéj suchego oddziałało wkrótce tak szkodliwie na stosunki sanitarne mieszkańców, iż ministerstwo wyznaczyło komisyję z lekarzy i techników do zbadania stanu rzeczy, a jako sprawozdawca téj komisyi podaje P. wynik dochodzeń. Przed zaprowadzeniem uprawy ryżu na prawym brzegu rzeki Po słynęła okolica koło Casale jako odznaczająca się zdrowością. Nie uważano, aby zimnice były częstszemi, niż w innych częściach Piemontu, a często można było wykazać, że chorzy nabawili się téj choroby przebywając w okolicach na lewym brzegu rzeki Po, w których ryż uprawiano. Po r. 1874 pojawiły się liczne zimnice a bardzo cechującym był ten wpływ zimnic na przebieg innych chorób, jak również na oporność w obec przyczyn chorobotwórczych. W Mirabello, gdzie dawniéj liczba urodzin przewyższała liczbę przypadków śmierci, zapisano w r. 1878 160 zgonów a tylko 96 nowourodzonych. Liczbę poronień po 3 miesiącu ciąży w skutek zimnic podają lekarze na 50. Po dokładném zbadaniu terenu pod względem topograficznym, geologicznym i lekarskim proponowała wzmiankowana wyżéj komisyja, aby uprawy ryżu na prawym brzegu rzeki Po w niektórych miejscowościach zupełnie zakazać a w sąsiednich dozwolić jedynie przy zachowaniu pewnych ostrożności, — a propozycyję tę Rząd włoski uwzględnił. Przyszłość okaże o ile środek ten zaradczy wpłynie na poprawę zdrowia ludności. (Spostrzeżenie to stwierdza raz jeszcze znany pewnik, że miejscowości wilgotne są dla zdrowia szkodliwe, że sprzyjają powstawaniu i szerzeniu się zimnic a obok tego i to, że podkopują siłę i zdrowie ludności a oraz zmniejszają oporność przeciw innym wpływom chorobotwórczym. Ciekawém będzie, jak uwydatni się jeszcze szkodliwość tego osłabiającego wpływu chorobotwórczego przy poborze do wojska, gdy przyjdzie kolej na urodzonych w tych miejscach w latach od 1874—1877. *Przypisek sprawozd.*) *K. Gr.*

* Na posiedzeniu Akademii lek. paryskiéj z d. 2 grudnia 1879 r. E. Decaisne zdał sprawę z doświadczeń fizyjolog. czynionych wspólnie z Evrardem i G. Decaisnem na zwłokach ściętego, celem przekonania się, czy objawy życia istnieją w częściach odłączonych, szczególnie w głowie. W 5 minut po śmierci nie było żadnego oddziaływania na bodźce w przyrządach zmysłowych; bicia serca również nie było a faradyzacyja nie zdołała wywołać kurczenia się mięśni sercowych. Natomiast na bodziec ten oddziaływały wszystkie mięśnie kadłuba i twarzy jeszcze przez $1\frac{1}{2}$ godziny. (*Berl. klin. Woch.* 1879, Nr. 51).

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne z dnia 7 stycznia 1880 roku.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 29 i 1 korespondent

1. Przewodniczący powitał i przedstawił obecnym nowo obranego członka korespondenta Dra Hausera z Tarnowa.

2. Przewodniczący złożył do księgozbioru Tow. dwie broszury nadesłane przez prof. Korczyńskiego, zawierające spostrzeżenia zebrane w klinice krakowskiéj, jednę w języku polskim, drugą w niemieckim, oraz sprawozdania z czynności Komisyi balneologicznéj.

3. Odczytano sprawozdania za rok ubiegły, i tak sekretarz stały kol. Pareński odczytał sprawozdanie ogólne, a sekretarz doroczny kol. Wasylewski zdał sprawę z czynności naukowych Towarzystwa. Kol. Obaliński jako podskarbi zdał sprawę z obrotu funduszów Towarzystwa, a kol. Rybczyński jako sekretarz Redakcyi Przeglądu Lek. sprawozdanie finansowe z obrotu funduszów tego pisma. Kol. Smoleński zdał sprawę z czynności Komisyi balneologicznéj, a kol. Janikowski podał wiadomość o stanie biblijoteki, o pracach Komisyi terminologicznéj, oraz Komisyi sanitarnéj miejskiéj.

4. Kol. Machek jako sprawozdawca Komisyi kontrolującéj zawiadomił, że wszelkie rachunki znaleziono w największym porządku, oraz wniósł, aby koll. Obalińskiemu, Grabowskiemu i Rybczyńskiemu, obok udzielenia absolutoryjum, Tow. złożyło podziękowanie, czemu na wezwanie przewodniczącego zadość uczyniono.

5. Kol. Zarewicz odczytał zasady umowy między Tow. lekarzy galicyjskich i Tow. lekarskiém krakowskiém, uchwalone na ostatnich posiedzeniach, które jednomyślnie przyjęto.

6. Przewodniczący ustępując z urzędu, przezeń dotychczas zajmowanego, podał ogólny pogląd na czynności Towarzystwa w roku ubiegłym, oraz zmiany jakie zwłaszcza co do Komisyj stałych zaprowadzono, zakończył podziękowaniem za poparcie jakiego w czynnościach swoich ze strony kolegów doznawał.

7. Na wniosek przewodniczącego Towarzystwo podziękowało kol. Blumenstokowi za gorliwe i na wszelkie uznanie zasługujące pełnienie obowiązków Redaktora Przeglądu Lekarskiego.

8. Dokonano wyboru urzędników Towarzystwa na rok bieżący. Prezesem wybrano kol. Warschauera, wiceprezesem kol. Grabowskiego, sekretarzem stałym kol. Zarewicza, podskarbim kol. Obalińskiego, biblijotekarzem i delegatem do Komisyi sanitarnéj miejskiéj kol. Janikowskiego, redaktorem Przeglądu Lekarskiego kol. Blumenstoka, członkami Redakcyi koll. Domańskiego, Kwaśnickiego, Rybczyńskiego i Zarewicza. Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Wasylewski.

V. Kilka wyjątków z księgi Hippokrata: O powietrzu, wodach i miejscach.

Z greckiego przełożył i kilku wyjaśnieniami opatrzył

prof. Dr. Józ. Oettinger.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

16. Co do braku odwagi i męstwa w ludziach, iż Azyjanie mniéj są wojowniczy niż Europejczycy a łagodniejszego obyczaju, to główną tego przyczyną są pory nie ulegające wielkim zmianom, ani ku gorącu ani ku zimnu, lecz do siebie zbliżone. Nie powstają bowiem wstrząśnienia umysłu, ani silny przerzut ciała, od czego oczywiście popędy dziczeją i więcéj nabierają zapamiętałości i odwagi, aniżeli pozostające zawsze pod tym samym wpływem. Zmiany przedewszystkiém obudzają rozum ludzi i niedozwalają gnuśnieć. Dla tych to przyczyn zdaje mi się ród azyjański jest bezsilny a prócz tego dla jego zwyczajów. Wielka bowiem część Azyi królom ulega. Gdzie zaś ludzie sami sobą nie rządzą, ani nie są samodzielni, lecz pod rozkazami panów, to u nich nie o tém mowa, jakby się wprawiać w rzemiosło wojenne, ale jakby nie wydawać się bitnymi. Narażania bowiem nie są równe; gdyż oczywiście walczą i trudzą się i umierają zniewalani dla panów, zdala od dzieci i żony i reszty przyjaciół. A co pożytecznego lub walecznego dokażą, to panowie od tego się wzmagają i wzrastają, niebezpieczeństwa zaś i śmierć sami ponoszą. Oprócz tego jeszcze ziemski majątek tych ludzi koniecznie pustoszeje od nieprzyjaciół i zaniedbanéj uprawy; tak dalece, że choćby kto z przyrody był mę-

żny i odważny, to prawa umysł od tego odwodzą. Jawnym tego jest dowodem, że ilu tylko w Azyi Hellenów lub barbarzyńców nie ulega panom, lecz jest samorządnych i za siebie samych trudy ponosi, to tacy ze wszystkich są najbitniejsi, na niebezpieczeństwa albowiem narażają się dla siebie, sami też odnoszą nagrody za męstwo, jak również karę za tchórzostwo. Znajdziesz też i Azyjanów różniących się między sobą jednych lepszych, drugich lichszych, przyczyną jest zmienność pór, jak poprzednio wskazałem. Owoż jak się ma rzecz z mieszkańcami Azyi.

17. W Europie jest naród Skityjski, który mieszka nad bagnem Majotyckiém, różny od innych narodów a zwie się Sauromatami. Ich kobiety dosiadają konia, strzelają z łuków i rzucają pociski z koni i walczą z nieprzyjacielem, dopóki są pannami. Nie przestają zaś być pannami (οὐκ ἀποπαρθενεύονται), aż dopóki trzech nieprzyjaciół nie zabiją i wprzód się nie zaślubiają, aż póki nie złożą ofiary według ustawy. Jak skoro zaś która za mąż wyszła, przestaje na koniu jeździć, aż póki nie przypadnie potrzeba pospolitego ruszenia. Prawego sutka nie mają, gdyż niemowlętom jeszcze matki rozpaliwszy w tym celu przysposobione narzędzie miedziane do prawego je sutka przykładają i przyżegają go, aby wzrost jego zniweczyć a zwrócić całą moc i pełność do prawego barku i ramienia.

18. Co do postaci reszty Skitów, że tylko do siebie samych są podobni, a bynajmniéj do innych, to taż sama jest sprawa, co i z Ajgipcyjanami, tylko, że ci są zmożeni od gorąca a tamci od zimna. Skitów tak zwana puszcza równiną jest błoniastą a wysoką i miernie wodnistą, są bowiem wielkie rzeki odprowadzające wodę z równin. Tu Skitowie żyją, zwą się zaś koczownikami (Νομάδες), iż nie mają domów, ale mieszkają na wozach. Wozy zaś są jedne mniejsze czworokołe, drugie sześciokołe, same poprzegradzane pilśniowemi okrywami, a zbudowane są jak domy jedne pojedyńcze, drugie potrójne, a zarazem szczelnie zwarte od wody jak od śniegu i wiatrów. Wozy zaś ciągną sprzężaje już podwójne, już potrójne wołów nie rogatych, nie mają bowiem rogów od zimna. Na takich to wozach i kobiety życie spędzają, mężczyźni zaś jeżdżą na koniach a za nimi ciągną owce, krowy i konie. Pozostają zaś tak długo na tém samém miejscu, póki starczy dobytkowi paszy, a skoro jéj już więcéj nie ma, przenoszą się na inne miejsce. Sami jadają mięso gotowane, a pijają mleko kobyle a pożywają hippakę tj. sér kobyli. Owoż tak się ma rzecz z ich sposobem życia i zwyczajami.

19. Co do pór i postaci, ród Skitów wielce jest odmienny od reszty ludzi a sam tylko do siebie podobny jak ajgipski, a najmniéj płodny, a kraj najmniéj zwierząt wydaje, tak pod względem wielkości, jak i mnogości. Leży bowiem pod samemi niedzwiedzicami i górami Rypajskiemi, skąd dmie wiatr północny, a słońce zbliżając się najbardziéj, skoro do letnich dojdzie obiegów, to i wtedy krótko ogrzewa i nie bardzo, a wiatry od ciepłych stron wiejące nie dochodzą, chyba rzadko i słabo, lecz od północy dmą ciągle wiatry zimne od śniegu i lodów i wód wielu, nigdy bowiem gór nie opuszczają i dla tego trudno tam mieszkać. Mgła gęsta zalega we dnie równiny a na nich życie spędzają tak, że mają zimę ustawiczną, lato zaś tylko kilka dni i to nie bardzo. Równiny bowiem wysokie a gołe nie są wieńczone górami, lecz wznoszą się ku północy. Tamże i zwierz nie rodzi się wielki, lecz zdolny chronić się pod ziemię, zima bowiem przeszkadza i ziemi golizna i że nie ma ani przytułku ani schronienia. Zmiany bowiem pór nie są wielkie, ani silne, lecz równe i mało się różnią, dla tego i postaci są do siebie nawzajem podobne. A pokarmu używają zawsze jednakiego i téj saméj odzieży, tak w lecie jak w zimie i powietrze wciągają wilgotne a gęste i wodę piją ze śniegu i lodów a natężenia nie ma żadnego, nie podobna bowiem, aby się ciało lub umysł natężał, gdzie nie ma zmian silnych. Dla tych zniewalających przyczyn ich postaci są grube i tyłowite bez widocznych przegubów i obrzękłe i wątłe, jamy ciała nader wilgotne a ponad wszystkie dolna brzuszna, niepodobna bowiem, aby wnętrze wysychało w takim kraju śród téj przyrody i pór właściwości, lecz z powodu powłoki tłustéj a gładkiéj oblicza są do siebie nawzajem podobne, męzkie do męzkich, a niewieście do niewieścich. Albowiem gdy pory są prawie jednakie, w wytworze nasienia nie zdarza się ani zepsucie, ani zboczenie: chyba przypadkiem z gwałtu lub choroby.

20. Podam jawny dowód wilgotności (ich ciała). Wielu bowiem z pośród Skitów, wszystkich zwłaszcza koczowników, znajdziesz poprzyżeganych na barkach i na ramionach i na korzeniach rąk i na piersiach i na biodrach i na lędźwiach nie dla czego innego, jedno dla wilgotności i miękkości ich przyrody; nie zdołają bowiem ani łuków wyprężać, ani rzucać pocisków barkiem dla wilgotności i zwątlenia. Skoro się ich zaś przyżegnie, wysycha ze stawów większa część wilgoci a ciała stają się tęższe i zażywniejsze i giętsze w stawach. Są zaś rozwolnione i rozlane, naprzód iż się ich nie powija jak w Ajgipcie, ani to w zwyczaju dla jeżdżenia na koniu, aby dobrze dosiadali, a potém dla wysiadywania. Chłopcy bowiem dopóki nie są zdolni jeździć na koniu, najwięcéj siedzą na wozie i mało używają przechadzki dla przenosin i objazdów, dziewcząt zaś postaci dziwnie są wątłe i ociężałe. Czerwonawo śniady (πυῤῥὸν) jest ród Skityjski dla zimna, gdyż siły słońca nie dostaje, a od zimna białość zwarzona czerwienieje.

21. Przyroda taka, niepodobna, aby była płodna, ani bowiem u mężczyzny nie powstaje wielka żądza spółkowania dla wilgotności przyrody a wątłości i zimnoty brzucha, od czego mężczyzna oczywiście najmniéj staje się zdolny do obcowania płciowego, a do tego tłukąc się ustawicznie na koniach stają się bezsilni do spółkowania. U mężczyzn te są przyczyny, u niewiast zaś otyłość i wilgotność macica bowiem nie zdoła schwycić nasienia, ani też czyszczenie miesięczne nie odbywa się u nich, jak potrzeba, lecz skąpe i w długich odstępach czasu a usta maciczne od tłuszczu są zamknięte i nie przyjmują nasienia, niewiasty zaś same są ociężałe i tłuste a żywoty ich zimne i wątłe. Dla tych zniewalających przyczyn ród Skityjski nie jest płodny. Jawnego zaś dowodu dostarczają niewolnice, zaledwie bowiem zetkną się z mężczyzną, a już w żywocie poczęły z powodu swéj pracowitości i smukłości.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W skład Rady sanitarnéj Karyntyi na czas 1880—1882 r. wchodzą: Referent sanitarny Fradeneck jako przewodniczący, Dr. Hussa jako zastępca przewodniczącego, a jako członkowie: Drowie Birnbacher, Pichler i prof. położnictwa Krassnig.

* Cholera w Japonii wygasła; panowała ona tam od początku kwietnia do 21 października r. z.; chorowało ludzi 156,204, z których umarło 89,702, a więc 57·43%. Wybuch jéj przypisują otwarciu grobów zmarłych w r. 1877 z cholery

wojowników, których wtedy na prędce płytko zakopano, a w kwietniu r. z. przeniesiono na miejsce odpowiedniejsze (*D. med. Woch.* 1880, Nr. 2).

Statystyka epidemij. W tygodniu 1 ospa rozszerzyła się nieco bardziéj w Londynie. Umarło 4, leczy się w szpitalach 56, zapadło świeżo 22. W Wiedniu umarło 6, w Paryżu 56, w Budapeszcie 2, w Pradze 4, w Bukareszcie 24, w Petersburgu 5. Odra złagodniała w Londynie, Liwerpolu, Kopenhadze, podobnież i płonica w Bukareszcie. Bardziéj się rozszeszył krztusiec w Londynie; umarło z niego 165. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 11. W tygodniu 2 umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 11, mianowicie z ospy; a doniesiono w tymże czasie o 25 przypadkach ospy (10 pomiędzy wojskiem), 7 ospianki, 1 ospicy, 1 dławca, 1 krztuśca, 1 czerwonki, 4 zimnicy.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 1 umarło na 1000 i rok w Krakowie 36,7; we Lwowie 32,0; w Warszawie 25,9; w Poznaniu 27,4; w Wiedniu 33,0; w Budapeszcie 38,7; w Pradze 36,7; w Tryjeście 41,8; w Berlinie 26,0; w Monachijum 29,8; w Dreznie 26,6; w Wrocławiu 21,8; w Lipsku 26,1; w Bazylei 19,6; w Brukseli 34,3; w Paryżu 33,4; w Londynie 31,5; w Kopenhadze 35,8; w Stokholmie 18,7; w Petersburgu 41,7; w Bukareszcie 47,3; w Aleksandryi 34,6; w Nowym Yorku 23,3; w Bombayu 39,5; w Madrasie 40,0. *J. B.*

* Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych od Nowego roku występuje nagminnie we wsi Russocicach w pow. krakowskim; zachorowało dotąd 12 osób między 18—40 rokiem życia a umarło 5: bieg choroby gwałtowny. Ospa panuje obecnie we wsiach: Bronowice wielkie, Piaski i Grzegórzki.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 stycznia. Na właściwém miejscu podajemy dziś wiadomość o konkursie, rozpisanym celem obsadzenia opróżnionéj posady fizyka miejskiego. Rozpisanie konkursu jest następstwem uchwały, zapadłéj w Radzie miejskiéj, na którą w zupełności się piszemy, ponieważ rozchodzi się o zasadę. Nie wchodząc wcale w kwestyję osób pragniemy jednak, aby sprawa obsadzenia posady dla miasta naszego tak ważnéj, zanim ostatecznie rozstrzygniętą zostanie przez Radę miejską, poddaną została pod rozbiór i zdanie Komisyi sanitarnéj miejskiéj, jako grona najbardziéj kompetentnego do rozpatrzenia się i ocenienia kwalifikacyi kandydatów, którzy o posadę fizyka ubiegać się będą. Przypomnienie nasze może jest zbytecznem, bo trudno przypuścić, aby Komisyja sanitarna mogła być pominiętą właśnie tam, gdzie zdanie jéj powinno zaważyć na szali; — ale *superflua interdum non nocent!*

* **Warszawa.** Kosztem Rady miejskiéj dobroczynności publicznéj Dr. H. Dobrzycki, lekarz szpitala w Mieni, udaje się na 5 miesięcy za granicę celem zbadania obecnego stanu kwestyi leczenia chorób piersiowych.

Tow. lek. warszawskie na posiedzeniu swém wybrało: prezesem prof. Tyrchowskiego, wiceprezesem Wład. Stankiewicza, sekretarzem dorocznym Wład Gajkiewicza. Następnie obrało członkami korespondentami: prof. Korczyńskiego z Krakowa, docenta Jurasza z Heidelberga i Dra Krówczynskiego ze Lwowa.

W Petersburgu od 1—11 bm. odbywa się zjazd przyrodników: zapisało się przeszło 700 uczestników. Z Warszawy przybył na Zjazd prof. Nawrocki. Ukazał się tamże pierwszy numer nowego czasopisma lek. pt. „Wracz" pod redakcyją prof. Manasseina (*Medycyna).*

* **Mianowania i odznaczenia.** Docenci prywatni w Berlinie Küster i Krönlein mianowani zostali tamże proff. nadzwyczajnymi a ostatni równocześnie powołany został do Giessen. — Dr. Jan Ranke w Monachijum powołany został do Fryburga w Brysgowii jako następca prof. fizyjologii Funkego. — Naczelnik służby zdrowia cywilnéj i wojskowéj w Serbii Dr. Władan Giorgiewicz otrzymał krzyż komandorski orderu Franciszka Józefa.

* **Wiadomości osobowe.** Na podstawie §. 39 ustawy wojskowéj przeniesieni zostali do c. k. obrony krajowéj nie czynnéj dotychczasowi starsi lekarze rezerwy: Drowie Zygmunt Dzikowski, Leopold Getzlinger, Ludwik Lutyński, Natan Recheles, Henryk Witek we Lwowie; Wilhelm Strzechowski, Józef Merunowicz, Mieczysław Dembowski i Antoni Loew w Krakowie.

* **Nekrologija.** W Giessen umarł prof. farmakologii Buchheim — W Marburgu umarł docent prywatny Dr. Adolf Ferber

* **Konkurs.** Prezydent miasta ogłasza konkurs do d. 15 lutego rb. celem obsadzenia posady fizyka m. Krakowa z płacą roczną 800 złr. i dodatkiem służbowym 300 złr. Kandydaci ubiegający się o tę posadę w podaniach swych do prezydyjum magistratu wystosować się mających winni wykazać: wiek, miejsce urodzenia, dotychczasowe służbowe stosunki, a nadto dołączyć świadectwo złożonego egzaminu, jaki jest przepisany rozporządzeniem ministra spraw wewn. z d. 21 marca 1873 r. l. 37 dz. p. p. dla uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy urzędach administracyjnych.

* **Konkurs.** Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego rozpisuje niniejszém konkurs na stypendyjum jednorazowe w kwocie 900 złr w. a. z fundacyi JW. Radcy stanu Walentego Szklarskiego.

O stypendyjum to ubiegać się mogą uczniowie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, którzy najdaléj przed dwoma laty otrzymali dyplom doktorski lub przynajmniéj ukończyli studyja lekarskie. Każdy z ubiegających się powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielenia mu stypendyjum w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, — jeżeli ich jeszcze nie złożył, — a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę.

Podania należy wnieść najdaléj do dnia 10 lutego br. na ręce podpisanego.

Kraków dnia 9 stycznia 1880 r.

Prof. Korczyński,
Dziekan wydziału lek.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 2: Weitzenbluta: Przyczynek do leczenia błonicy; — w *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 1. Buszka: Przyczynek do statystyki śmiertelności w m. Krakowie (c. d. z roku przeszłego). — *Gazeta Lekarska* nie dochodzi nas wcale.

Redakcyja otrzymała:

Rivista sperimentale di medicina legale. Anno V, Fascicolo I, II e III, Reggio-Emilia 1879.

Piśmiennictwo lekarskie. EWALD C. A. Die Lehre v. d. Verdauung. 12 Vorlesungen. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 3·60.

FAUCON A. Leçons de clinique chirurgicale. 8. Paris, Asselin. Fr. 6.

FLÜGGE C. Beiträge zur Hygiene. Mit Holzschn. und 5 Taf. gr. 8. Leipzig, Veit et Co. M. 5.

FLURY A Beitrag z. Geschichte u. Statistik d. hohen Steinschnitts v. 1851—1878. gr. 8. Tübingen, Fues. M. 1·60.

FOTHERGILL J. M. The Heart and its Diseases, with their Treatment. 2nd ed. W. Plates and Illustr. London, Lewis. sh. 16

FROELICH H. Die Militärmedicin Homers. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 2.

FRÜHAUF H Diagnostik d. inneren Krankheiten. M. Abbildgn. 8. Berlin, Denicke. M. 5.

GOWERS W. R. A Manual and Atlas of Medical Ophthalmoscopie. 8. London, Churchill. sh. 18.

GRÉGORY W. De la Méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urèthre. gr. 8 Paris, Delahaye. Fr. 5.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 21 stycznia o godz. 5téj popol. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Smoleński mówić będzie „o wziewaniu cieczy rozpylonych, jako o sposobie wprowadzania leków do miąższu płucnego."

Sprostowanie. W Nrze 2gim w szpalcie IIgiéj w odcinku w tytule zamiast: O powietrzach ma być: O powietrzu; a na str. 25 w szpalcie IIgiéj, w wierszu 16 od góry zamiast: tam winno być ma.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.